

小峰隆夫氏

法政大学大学院政策創造研究科教授

長谷川敏彦氏

日本医科大学医療管理学教室主任教授

山本 清氏

東京大学大学院教育学研究科教授

伊藤元重

総合研究開発機構理事長

地域医療をめぐる諸問題 — 研究会を終えて

ポイント

● 今回の研究は地域経済の観点から医療が地域活性化の起爆剤となり得るのではないかという発想がある。

● 利便性の高い中心市街地に中核機能を備える病院を立地させる「まちなか集積医療」は集積の利益を生かすことができ、医療の効率性が向上するとともに、高齢者をはじめ人々がアクセスしやすい環境をつくることができる。

● 病院だけでみてもいくつもの経営主体があるが、保険者も、自治体も同じように複数存在する。これらのガバナンスをどのように機能させていくのかは大きな課題となる。

伊藤 この度、「日本経済社会の高齢化に対応した地域医療に関する研究会」の報告書がまとまりました。本日は、同研究会にご参加いただきました委員の先生方にお集まりいただき、高齢化に対応した地域医療のあり方について、報告書の議論をさらに深めていきたいと思っております。なお、研究会にご参加いただきました委員のうち、中川雅之 日本大学経済学部教授は本日都合によりご欠席です。

最初に、医療問題とは何か、それがこれまでなぜ解決できなかったのかといった点について、お話いただければと思います。

医療問題はなぜ解決できなかったのか

長谷川 日本が超高齢社会という人類が未経験の領域に突入していく中で、大袈裟かもしれませんが、人類史上初めて医療を重要な政策課題としてとりあげなくてはならない時代になったことを痛感しています。これまで医療は、伝統と歴史を背負っている部分が大きく、政策課題になりにくかったのです。他産業のように、産業連携やパーツの標準化ができず、大学の医局という非近代的な職能単位で、医師のトレー



長谷川 敏彦氏

日本医科大学医療管理学教室主任教授

ニング、品質管理、雇用の調整が行われてきた。そのため、政策として踏み込みにくい領域でした。現在問題となっている医療崩壊・病院崩壊は、小泉改革で一挙に前進させた医療制度改革がトリガーになったと考えられています。実はその背景には、歴史的な澱（おり）のようなものがあって、その解決に小泉改革で初めて踏み込んだということがあります。研修制度の改革も、医療の標準化を目指したわけですが皮肉にも医師不足というネガティブな影響を及ぼしている。

つまり、短期の要素と長期の歴史的課題に分けて考える必要があると思います。今回の研究は、後者の医療の長期の歴史的な問題点を解決していくような重要な提案になるのではないかと考えています。地域経済の観点から医療が地域活性化の起爆剤になるのではないかとこの逆の発想で行なわれたのは大変タイムリーだと思います。

山本 医療崩壊が過疎地等で現実に起こっている一方で、日本の医療制度はまだ「崩壊」はしておらず、OECD ベースでいえば、日本の国民医療費の水準はまだ低い。むしろいま医療にとって最大の問題は高齢化です。厚生労働省の老人医療費（70 歳以上）は、すでに国民医療費

全体の 4 割近くになっている。65 歳以上の医療費が国民医療費全体に占める割合はおそらく半分を超えています。その 65 歳以上の人口の割合が、約 2 割（2005 年現在）から約 4 割（2050 年）へと倍増します。まさしく、公的医療は年金に似た構造をはらんでおり、適切な表現ではないかもしれませんが、一種の「隠れ債務」となっていることを認識すべきではないかと思えます。

個々の病院の経営管理とか、インセンティブを通じて効率性を挙げることも重要ですが、もう少しマクロ的に、国民全体として医療の質や負担について考えていくことが重要です。今回の研究会では、医療機関の集積によって収益面、費用面でプラスの効果が期待できることがわかりました。また、地方公営企業法の全面適用をすれば、プラスの効果が高まる。これらを検証できたのが一つの成果だと思っています。ただ、問題は二つあります。一つは、集積を図っていくメカニズムです。日本の医療は、大学付属病院、昔の国立病院機構の病院、医療法人の病院、自治体病院などがあります。それをどう集積をしていくのかという点です。もう一つ、これは私が一番危惧している点ですが、マネジメントの強化で個々の病院の経営の採算性は良くなりますが、それが医療費の抑制や質の向上につながるのかどうかということです。患者満足度を高めて、医療経営が黒字になることがマクロ的に最適かどうかということについては、慎重に調べなければいけないのではないかと考えています。

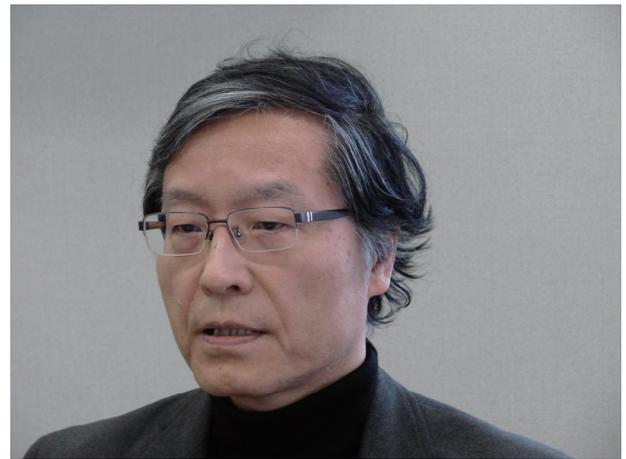
小峰 山本先生の問題意識を別の言葉で表現すれば、医療は「人口オーナス」の問題、つまり、これから働く人の割合が減るといった問題ではないかと思えます。働く人の割合が減るので、いままでと同じ働き方をしていると 1 人ひとりの生活水準が下がる時代になってくる。この「人口オーナス」が、医療や年金問題の根幹だと思

います。どちらも働く人が費用を負担し、高齢者が恩恵を受けるという賦課方式のシステムになっているので、働く人の割合が減っていけば、負担を大きくするか、給付を削るか、どちらかしかない。いままで惰性で処理していた問題の綻びが、救急医療の問題、小児科・産科不足、過疎地での医師不足など、どんどん出てきている。

私がこの研究会を通じて特に感じたことは、医療問題へのアプローチが医療の問題解決を難しくしていたのではないかということです。通常のアプローチは、「医療は人の命に関わる特殊なものだ」というものです。ここでは国が強く関与して、料金をコントロールし、誰もが同じような医療行為を受けれる特殊領域として扱い、その特殊な医療をどう充実させるのかが課題となります。もう一つは、「医療は普通のサービス産業だ」というアプローチで、私自身のスタンスでもあります。医療が特殊なのは、経済学的に情報の非対称性などの要因があるためであり、医療サービスが持っている本質的な特殊性のためではないというものです。これまではあまりにも「医療は人の命に関わる特殊なものだ」というアプローチが強すぎたので、「医療は普通のサービス産業だ」と考えてみるのも一つの方法ではないか。そういうアプローチをとることにより、インセンティブを活かす、集積の利益を活かす、逆にモラルハザードやレントシーキングの問題が、通常の議論として出てくるのではないかと思います。

集積と分業

伊藤 みなさんの問題提起を伺い、医療というのは「池の中の鯨」のように、非常に大きな問題になってきているという思いを強くしました。医療の問題が難しいのは、それが財政問題や地域問題、そして少子高齢化問題を議論すること



小峰 隆夫氏

法政大学大学院政策創造研究科教授

になってしまい、あまりにも問題が大きすぎて、みんな違うところを一所懸命議論しているため、それをぶつけ合ってもなかなか答えが出て来ないということです。医療の問題をできるだけ見えやすくし、多くの方々に議論に参加していただくためには、皆さんの地域で、医療でどういう問題があり、改善するにはどういう方法があるのかという地域住民の視点から考えていくことが必要です。そう考えると、地域医療や地方都市への集積が非常に重要なポイントになってくると思うのです。この延長線上で、人口の問題、高齢化社会の問題、財政問題にも、なんらかの答えが出てくるのではないかと考えます。

ところで、皆さんの話のなかで病院の集積が出てきました。経済学では「集積」の対極に「分業」があり、アダム・スミスは、「分業の程度は市場の規模によって規定される」と述べています。高度で複雑な機械を使って診察する高度医療から、もう少し一般的な診療のレベルまで、医療には多様性がありますが、それをある程度の広域性の中で議論できれば、いろいろなレベルでのいろいろな分業ができると思います。例えば非常に難しいガンなどの処置は、極論すれば日本で3箇所ぐらいの設備で行うことも可能かもしれない。しかし救急医療のように一刻の



山本 清氏

東京大学大学院教育学研究科教授

猶予も許されないものについては、全国的なネットワークを張っていく必要がある。つまり、医療の高度化というのは、技術の高度化だけではなく、分業に対する正しい供給システムがなければいけないということです。医療が高度化し多様なニーズがある中で、地域レベルで医療における集積と分業をどのように変え、どのように運用していくべきかについて、是非教えてくださいたいと思います。

長谷川 西洋も、それを輸入した日本も、医療の出発点は、医者、患者、看護師の3者構造で行われていたと思います。ところが、川上武氏を中心に行われた研究によれば、まず、治療に関する技術革新が第二次世界大戦後に起こり、次に、1975年前後から診断に関する技術革新が起こった。諸外国ではその段階で医療をシステムとして捉え、治療と診断をどう組み合わせたら一番効果的かという研究が行われてきた。しかし日本はそこにあまり重点を置かずに、相変わらず要素技術の研究開発中心に進んできた歴史がある。

また、日本の医療界は専門性が未分化です。現在28万人の医師が42万ぐらいの診療科を標榜している。それから、医者と看護師の関係も、専門性や役割分担が不明確で、看護師とその他

の職種の専門性・役割分担も不明確です。また福祉施設のような病院もあれば急性期の病院もある。福祉施設と病院の役割分担も未分化です。

このように、日本の医療の特徴は、分業化、専門化がないというところにあります。これまでは、患者が文句を言わないとか、医者がいろいろなことをこなすといったことが、意外にも日本の医療の効率性を高めてきた部分もあった。ところが、ここに来ていろいろな問題が生じ、分業のあり方が問われている。昔のシステムによる効率性はシステムが崩壊しつつあるので一時悪化するかもしれませんが、次のステージである集積化、分業化に向けて進んでいく段階にあるのではないかと考えます。

地域の実情にあった医療システムの構築

伊藤 そこでまず議論したいのは、日本の医療をどうやって理想に近い集積に持っていくのかという問題です。経済学的に言うと、2つの極論があります。1つはある程度マーケットメカニズムに任せる。例えば破綻する病院はどんどん破綻してもらおう。しかし、それを再生するメカニズムを使っていく。もう1つは、ある種の都市計画、地域単位の公的な行政のアプローチです。ぜひお聞きしてみたいのは、どこから手を着けていったら動き始めるのか、つまり突破口は何か、しかも既存の医療が突然停止せず、継続性の中でできるのか、ということです。

小峰 重要なことは、システムとして「集積と分業」をどう設計するかということだと思います。私が今回研究会に参加してみて、なるほど、と思ったのは、一次医療圏、二次医療圏、三次医療圏という枠組みでは、「集積と分業」の思想は成り立っているんですね。しかし、そのガバナンス（統治）が上手くいっているのか、という問題があります。一次医療圏は市町村、三次医療圏は都道府県だからいいとして、二次医療

圏は、場合によっては自治体の単位を超えて考えなければいけないためうまく行っていない可能性があります。

長谷川 私は別な研究で「分母分子問題」を提起させていただきました。分子問題というのは、病院の所有主体がいろいろ異なっていることです。私立もあれば、日赤、市町村立、県立、国立があって、それらはガバナンスが違う。分母問題というのは、市町村が複数にまたがっていて、その地域全体でつぶしたり集約したりという作業をしなければならないということです。分子も分母も複数なので、ガバナンスとしてこれをどう解決するかが大きな課題です。実はそれが医師確保の問題にもつながってきます。最初のキャピタルで病院をつくる、つくらないという問題に加えて、ランニングのほうも地域で考えていかなければならない。イギリスのように、地域がNHS（National Health Service：国営医療サービス事業）で固まっていれば簡単ですが、日本のように分母も分子も違う場合、どういうガバナンス形態があるのか。

某省の某課長が、「例えば持株会社のホールディングみたいなものをつくり、そこでファンドをつくってその地域全体を差配するとか、かなりドラスティックなことを考えたらどうか」と、冗談半分に言っていました。しかし、ネットワークに加わると診療報酬を高くするとか、価格的にインセンティブを上げるなど、ある程度「公」が入ってコントロールする必要があり、調整はどうしても自治体になると思います。ところが、市町村では小さすぎて、県では大きすぎるという構造なので、そこはなかなか難しい。一部事務組合方式もありますが、こういうことに適するかどうか。

山本 いま総務省は、自治体病院を中心とした公的な病院改革を進めようとしています。自治体病院・公的病院が中核を担っている地域では、そこが集積の中心的な機能を担い、周辺の診療



伊藤 元重
NIRA 理事長

所、あるいは民間の病院が初期治療等を分担するという、「集積と分業」を組み合わせた格好になると思います。

問題は、民間病院が進出しにくい採算性が悪いところで自治体病院が頑張らなければならないということです。その場合、集積してどれぐらいの規模と設備を持てば、採算性が確保できるのか、自治体病院として、一般会計からの繰り入れ（税金の投入）がなくても、自立していけるような一種の標準モデルが要る。それがあれば、財団立とか医療法人が中核病院となっているような地域では、自治体病院との機能分担が出来る。あるいは、医療法人が指定管理者になり自治体病院の運営管理をして標準的なモデル形態へと誘導していくことが可能です。ただ、いまの社会保険診療報酬体系のもとでそういった標準形をやっても採算性がとれる保障がない。今後の改革で採算がとれるというところまで詰めていければ、かなり具体的な進展があるのではないかと思います。

伊藤 集積と分業について数字だけ見ると、特に国民1,000人あたりの病院数は非常に多い。一方で人口が減ってきて、これまで以上に高度な医療を求められる部分が増えてくると、ほかの産業で起こったように、病院も統合が起きて、

どこかがつぶれてどこかに集積するということ
はあり得ると思います。よく挙げられるのは銚子市立病院の例ですが、患者も医師も集まらなくなりました。病院廃止を決断した市長はリコールされてしまいましたが、隣の旭市には950床ぐらゐの全国的規模の立派な病院がある。旭市と銚子市は近いので、いい方に患者さんが集まれば、医師も確保しやすいし、医療のレベルも上がる。これが本来の集積のメカニズムではないかと思ひます。

一方で、歴史的にすべての市町村は病院を欲しがり、それぞれの病院は高額医療機器やいろいろな診療科を欲しがります。その場合の解決への突破口も、市場メカニズムを使うのか公的な整理をするのかは別にして、病院の数を減らし、それぞれのところで医者と患者の数を増やしていくという方向性です。そのため、病院経営や破綻の話が出てくるわけですが、しかし、なぜ、これまではそれが実施されなかったのでしょうか。

長谷川 1950年代から厚生省を中心に地域の医療システムを設計してつくってこうという極めて計画経済的なプランが何度も出ていますが、その都度つぶされてきました。その理由は、医師会が計画経済的なことを嫌がったこと、もう一つは大蔵省というか金をつける側にお金が多かったためです。

技術革新がどんどん進んでいるときに、中核的な病院をきちんとつくり、地域にネットワークをつくっていくことが必要だったのですが、国あるいは自治体の中核病院を全国的につくることはできなかった。そうした中で、北日本は比較的公的病院を中心に医療が整備され、力がある県は大きな病院をつくれましたが、力のない県、岩手や山形には小さな病院が地域にたくさんばらまかれることになった。南日本は民間に頼りました。

そうした中で診療所を有床診療所そして病院

に進化させ、病院をどんどん大きくしていくという、いわゆる開業医の夢、「医者の花道論」の結果、65~70%がいわゆる医師所有の病院になっている。ところがそれらの病院の多くは、実は病院というよりも主に福祉機能、特別養護老人ホームの機能を果たしているのが実情です。つまり、8,000ある日本の病院のうち、4,000~6,000が福祉施設的な機能を持つ病院で、諸外国で言われる急性期の病院は2,000~3,000です。厚生省は、「福祉施設的な役割をしているところは福祉施設になりなさい」という政策を掲げ、2006年の小泉改革の中で進められた。現在揺り戻しがきているものの、機能面から考えると、そこまでの集約は必然でもあります。

また、急性期病院にも、地域によっては自治体が見栄でつくった不必要な病院がある。体力がなく、地域のニーズにも合っていないものは、集約していく必要がある。しかし、現在は、本当に必要なものと不必要なものがはっきりしないまま事態が進行しているため、地域でいろいろ物議を醸している状況です。

伊藤 日本の病院のうち、かなりの部分は福祉施設的な機能が非常に高いものだということですね。これは、農業保護と農家保護が誤解されていることに似ています。つまり、本当に農業とは食料生産を支援するのなら、プロ農家、専業農家をどう支援するか、ということが鍵になる。しかし医療では、全部が医者、全部が病院としているところで思考停止が始まっている。それをどう区分けするか。病院も診療所も大事なわけで、つまりところは、評価の問題になってくるかもしれません。

アクセス・コスト・クオリティ

伊藤 医療問題解決の突破口として、アクセスとコストとクオリティの問題から考えてみると、これら3つを同時に満足させることはできません

ん。アクセスを良くしようとすれば、コストが上がるかクオリティが下がる。コストを下げようとすると、クオリティが下がるかアクセスが悪くなる。そこからアクセスを少しコントロールしましょうという方向性が出てくると思います。イギリスなどのように、風邪を引いていきなり大学病院に行くのではなくて、まず地域の病院に行って、そこでこれは深刻だということになれば大学病院に行くという形にする方法があります。コストの問題から地域の医療のあるべき姿を考えたときにアクセスについて考えるのは、分業についての一つの方向性でもあります。これ以外のアプローチも含めて、地域の医療をどう変えていくべきか、ご議論いただけたらと思います。

小峰 いまは患者が若干モラルハザードを起こしていて、安くて最高の治療を近くで受けるのが一番いいと思っている。近所に大学病院があっても風邪を引いただけでそこに行くという習慣を止めるなど、患者サイドの行動も少し変える必要があります。

山本 たしかに紹介無しで大病院に行くと、一回目の料金は高いのですが、二回目以降はむしろ一般の開業医よりも再診料が安い。病院の診療単価を変えれば、病院の収入も患者負担も増えるので、一定の効果がある。ただ、その結果、一般の診療所に行くとなると、一般開業医の全体的な質を担保するための制度改革を同時に行う必要があると思います。

小峰 大きな方向性としてはコストを上げるという方向しかないと思います。マクロ経済で考えると、高度成長期は、例えば家電製品とか自動車とか、民間部門が供給するものをみんなが欲していた。これに対し、現在みんなが欲している需要は、民間部門でお金さえ払えば得られるものではなく、公共部門から公的に提供されるものなのではないかと思います。

しかし、公共部門がサービスを提供するため

には、誰かがそのお金を払わなければいけない。社会保険でやるのならば保険料を上げなければいけない。医療はみんなが欲しているので、保険料を上げてどんどん提供するというのが、基本的な方向ではないか。しかし、医療は特別なので、なるべく安くみんなに最高の水準のものを提供すべきだという医療特殊説があるために、そういう議論が出にくい。医療も普通のサービスと同じで、みんながそれを欲しいと考えるのであれば、お金を払えという方向でいってはどうか。アクセス、コスト、クオリティで言えば、私はコストでいけばいいと思います。

伊藤 NIRA の対談で近藤正晃ジェームスさんが、「日本の医療費の中で公的なチャンネルでお金が流れる割合が非常に高い。よく言えばどんな所得水準の人でも同じような医療にアクセスできるけれど、逆に自分の命のためだからもう少しお金を出してもやりたいときに自由度がない」という、アメリカ的な議論をされていました。国民が自分の健康のためにお金を払って社会がうまく回るのはいいとしても、それをいまの制度の延長線上だけでやるのがいいのか。根本的な鍵は、社会保障制度を少し改革することではないか。あるいは、シンガポールのメディカル・セービング・アカウント (Medical Saving Account) のように、医療に使ったお金を減税措置にする形で、民間のお金を入りやすくする方法もある。

山本 要するに標準より高いお金を払った人にはより良いサービスを提供するということですね。高いコストを負担してもらえば全体の財源が増えるので、一般の方に対するサービスの質も良くなるからいいのではないかという議論もあります。しかし、基本的なサービスについて差が出てくることについてどう国民に納得してもらおうか、財政負担とか公正性をどこまで担保するのかという問題があります。最低限の質の保証を公的保険でカバーできる水準について

の国民の合意が必要です。

長谷川 日本の医療制度は世界で一番いい、つまりアクセスがいいわりにコストが低いと評価されてきました。日本の高度経済成長時代に国民皆保険が始められたことが幸運だったと思いますが、今のままでは国民皆保険制度も国民年金制度も崩壊する。代替案は何かを考える必要があります。

まず財源には、2つの大きな課題があります。1つは貧困者をどう守るかで、経済学的にも永年の課題です。もう1つは、医療の質が高ければたくさん払うのはいいとして、医療の質をどう保証していくかということです。これについては、最近、ようやくいろいろな情報が集まってきました。ところが、もはやそれを超えて、医療の質を組み込んだ支払方式であるペイ・フォー・パフォーマンス（Pay for Performance）が、国際的な議論になっており、日本でも質を組み込んだ支払方式を今後考えていかなければならない。

また、そもそも日本の診療報酬はネゴシエーションで決めており、何のロジックもない。支払側と提供側、提供側も主に開業医を代表する日本医師会が主導権を握っていました。診療報酬がコストに基づいて決められるわけではないので、病院側はずっと非合理だと言いつけてきたわけですが、それを今後はどうしていくのかという議論があります。合理性を持って配分する、しかも質を勘案したような支払制度と、一定の自己負担を前提とする財源論とを組み合わせるもの考える時期に来ているのではないのでしょうか。

中小都市の経済再興と医療

伊藤 今、合併・集約化とか、アクセスの問題以外に2つとても大事なことが指摘されました。それは料金を動かすとガラッと動く。すなわち、

価格メカニズムをどう使うかということがあります。

以前、地域医療の崩壊について議論したときに、元厚生省次官の方が、最後に「そう言うけれど、地域が崩壊しているのだから、地域医療の崩壊はしょうがないのではないか」とおっしゃったことは衝撃的でした。逆に言うと、この研究のポイントは地域医療をしっかりとすることによって、地域の崩壊に対してある種の解決策を提供するということですね。

小峰 私もこの研究の新しい点は、「まちなか集積医療」を提案しようということだと思います。中川先生の代わりに説明すると、1つは中心市街地の空洞化という問題です。商業施設が出て行ったので商業施設を呼び戻そう、というのがこれまでの発想でした。しかし、それは商業施設を立地する価値がなくなったから出て行ったのであり、それをもう一度戻すよりもほかのものを持ってきたほうがいい、ということです。そのときに、地方の中核的機能を備えた病院をまちなかに持ってきたらどうかというのが、「まちなか集積医療」の発想です。これにはいろいろな意味がある。「中心市街地に人がもっと来るようになる」、「中心部はアクセスが便利なので、お年寄りなども来やすい」。また集積の利益もありますから、医療機関の効率化にもなり、それが一つのモデルケースになるのではないかと。実際にそういう地域も出てきているようですので、ベスト・プラクティスが考えられると思います。

伊藤 想定する市町村の人口規模はどのくらいですか。

長谷川 医師需給や医療崩壊の形は地域によって異なります。日本の地域はだいたい4種類に分かれます。つまり、いわゆる①大都会と②過疎地、それから③地方の中核都市（例えば県庁所在地とか特例市）、そして④地方の中小都市ですね。①大都会の場合は、基本的には足りて

います。しかし局所的に小児科や産科が足りない。②過疎地はいまに始まったことではないのですが、今後急速に医師不足が加速する。この二つの解決方法は違う。③地域の中核都市や県庁所在地は意外にうまくいっているが、大都会と同じように、小児科や産科の問題はある。

いま一番大きな問題になっているのは④地方の中小都市で、人口 5~10 万、20 万ぐらいまでの都市です。中核的機能を備えた病院は、日本では人口 10 万人に 1 つです。人口 10 万人ぐらいないと、300~400 床で、診療科が揃って、機械が揃った病院を維持することができません。ほかの産業と違って、「入院の需要」はつくれませんのでそれぐらいの規模が必要です。ところが、各市町村が見栄でつくっているのは、150 床からせいぜい 200 床ぐらいの中途半端な病院が多く、それが、突然大学からの医師の派遣がなくなって崩壊している。そうした地域をターゲットに集積をして、不必要な病院はつぶし、必要な病院をきちんとつくって、活性化につなげていければいいと思います。

伊藤 一つに集約する必要はないと思いますが、人口 10 万人のところで、だいたいどれぐらいの病床数をイメージすればよいのでしょうか。

長谷川 病床数でいうと、1,000 床ぐらいですね。経験則的に言うと、地域の主要病院は 300~400 床です。診療科が全部揃って、いろいろな診療機器がある。それが人口 10 万人のところで平均して 1 つぐらいあります。その他に中小病院 4 つぐらい、精神病院が 1 つ、老人病院が 1 つ、合わせて 7 つぐらいありますが、しっかりした病院 1 つに機能を集約するようにしたらちょうどいい。④地方の中小都市をターゲットに集積を行ったらどうかという提案をしております。

伊藤 10~20 万ぐらいの都市は、中心商業地区が空洞化していますが、一方で面白い現象が起

きていて、中心部に高層住宅ができ始めているように思います。以前によく申し上げたのは、商業というのは人が集まったところに結果的に出てくるわけなので、商業を引っ張ってきて「まち」を活性化するというのは本末転倒だ、ということです。住宅ができれば、そこで人はものを買う。逆に言うと、便利なところに集合住宅があれば、病院をその近くに意識的・戦略的につくることをセットしていくと、相乗効果が出るのではないのでしょうか。

長谷川 空洞化した岐阜の駅前に、特別養護老人ホームと診療所が入った建物ができて、即日完売だったそうです。それに病院をうまく組み合わせることも考えられますね。

伊藤 大都市だけではなくて、例えば四国の西条市とか徳島県鳴門市ではまちの中心部にマンションが建っています。鳴門市は人口 7 万ぐらいです。雪のある地域もそうですが、町の中心でマンションが建っているところにニーズがある。研究会では、過疎地では近くに病院がなくなるかもしれないけれど、そういう人たちにまちなかに出てきていただくことも同時に提言しているようですが、この点についてはどうでしょうか。

山本 「まちなか」に出てこられる人と、出てこられない人がいますね。出てこられない人のアクセスを保证するように巡回バスを走らせた方が自治体病院の赤字補填よりも安く済むことを実証しないとイケない。実は地方財政再建法で持ちこたえられなくなるから、自動的に別の圧力で自治体病院の統廃合が進むことになってくるのですが、そのときに受け皿が必要です。そういう意味でも「集積」というのは残る選択肢です。

伊藤 ある県の元知事が言っていたことですが、その県には山が多くて災害が多い。災害を防ぐために川に堤防をつくったり山を補強したりすることを考えると 100 年かかる。しかし、

そこに住んでいる方々にお金を払ってもいいから、もう少し安全なところに移ってもらおうと、はるかに安いということでした。かつて首都圏に人が集まってきて土地がないときに、市営住宅とか公団住宅を建てましたが、極論ですが、なかなか病院に来られない人に対して、ある種のインセンティブを提供して移ってもらうということもあり得るのではないのでしょうか。

長谷川 いわゆるコンパクトシティ化ですね。しかも近くに病院があれば非常に魅力的で、一つのインセンティブになりますね。

情報開示で医療問題解決の突破口を開く

伊藤 日本の医療をガラッと変えるもう1つの方向性は、情報化ではないかと思います。レセプト、カルテがこれからどれだけ電子化されるかはわかりませんが、そこから情報が集まれば、どの病院がどれだけ成果を上げているのかわかる。そうすれば、週刊誌を見てどの病院がいいのかという判断をする時代とは変わってくる。その評価が正しいかどうかは別として、意外に早い時期に選別、評価の時代が来るのではないかと。そういった方向性についてはいかがでしょうか。

長谷川 そのインフラが少しずつ立ち上がって来ています。私が委員長をしています。患者が選択できるように、県で各施設のパフォーマンスを集めてウェブに上げるという制度が、最近できました。今年度から各病院のパフォーマンスのデータをウェブ公開しており、ダウンロードできます。しかし両方とも、一般の方には内容のハードルが高すぎて利用できないかもしれません。民間が入り、それらのデータをわかりやすく説明していくことが必要だろうと思います。

山本 情報の開示は重要ですが、マイナスについての実証研究もけっこう多く、結果的に、面

倒な患者を選ばないようにするという問題が出てきます。情報を使うとすれば、一次医療圏、できれば二次医療圏全体での医療費の使われ方とか、収益構造がどうなっているかという点を住民は知りたいのですが、いまそれが把握できていない。市町村などの自治体で把握できるのは、その自治体の中で発生した国保（国民健康保険）だけです。企業などの事業所に勤めている人は健保（組合健康保険）になりますので、その地域に住んでいる方が全体で使った医療費の総額がわからない構造になっているためです。県単位では把握できるようになっていますが、二次医療圏レベルまでは降りられない。

地域医療のためには、住んでいる人の生活、ライフスタイル、どれくらい医療費を使っているのかわからないといけないのに、実はわかっていない。それがわからないと、厚生労働省の地域医療計画も機能しない。それができて初めて、経済メカニズムを通じたインセンティブ構造や、地域全体の医療費をどこまで削減できるか、それ以上削減したら還元するというガバナンス・ボードなどが機能するわけです。国民総背番号制とも連動しますが、そういう方向で情報システムが使えればいいと思います。

小峰 医療は国民全体の問題ですから、コストについても見えやすくすることが必要です。医療を年金並みにシミュレーションしてみると、年金と違って地域の問題が出てきます。地域ごとに見るとこんな大変な問題になるとか、こんなコスト負担になるという改革の必要性をシミュレーションして示すなど、コストについて理解してもらうために、やるべきことがたくさんあるのではないかと思います。

高齢者医療のモードチェンジ

長谷川 最後に申し上げたいのですが、日本は、人類が経験したことのない超高齢社会を迎える。

そのとき医療の必要性はガラッと変わると思います。現在の医療制度は 50 歳までの元気な人が対象で、どんどん資源を投入して短い時間で治療し、2 本の足で歩いて帰っていくことを前提につくったものです。医学教育も医療のモデルもそうですし、支払方式やシステムもそうです。しかしそう遠くない時期に、患者の 8 割が 75 歳以上で、病気や障害が治らないような状態になり、そういう人たちにいままでのような治療をするのかどうかを考える必要がある。医療はむしろクオリティ・オブ・ライフ (Quality of Life : 生活の質) というか、その人がどのような生活をしたかということに関係したものになるという、モードチェンジが起こる。例えば 75 歳の人にガンが見つかったとき、入院してガンは切って治ったけれど、結局寝たきりになって、ご本人も不幸、家族も不幸、社会も不幸、ということになる。

つまり、これまでは医療者、患者共に一日でも長く生きさせることが医療の倫理であり、救命して病気を治すのが医者なのだ、というふうには刷り込んでいたわけです。今、私は別に救命しなくてもいいんだ、病気を治さなくてもいい、障害を治さなくてもいい、でもおばあさんの笑顔を絶やさないようにすることを医学生に教えています。それがあなたの仕事、医療の目的だと。新たな刷り込みが必要。そのように医療のギアモードを変えると、医療のシステムも変わってくると思います。でなければ、医療界は社会から見放される。

結論から言うと、超高齢社会の医療は病院から地域にシフトすると思います。地域の開業医がきちんと診てフォローし、必要な時に急性期

医療の病院に繋いでいく。つまり、これからの医療はネットワークが不可欠で、地域の開業医がふだんずっと患者さんを診ていて、必要に応じて病院やりハビリ、場合によっては福祉施設を紹介していくというパターンに変わっていかなければならないと思います。

「看取り」の問題も、今以上に大きくなります。年間の死亡者数は 110 万人 (2006 年現在) から 160 万人 (2050 年) へと、約 1.5 倍近い数になります。これは哲学の問題なので、住民と一緒に何が一番いいのかということを考えていかなければならない。

まとめると、地域の医療が中心となる時代を考える時には、医学界並びに医学教育のモデルを大きく変えて、それに則った医療システムを想定しておくことがとても重要ではないかと思っています。

伊藤 医療が変わらないと、日本の医療費がパンクします。また、高齢者本人も社会も不幸になる。こうした点については、国民と医療界の意見とを擦り合わせていく必要があります。またそのためにも、正しい情報を提示して議論を深めていくことが必要ですが、地域の医療という身近な問題について情報を開示していくことが、そうした議論の突破口となるのではないかと改めて感じました。

本日は貴重なご意見をありがとうございました。NIRAでも地域医療問題について、さらに研究を深めていきたいと思っています。

2010 年 2 月 18 日

NIRA にて

NIRA

高齢化に対応した地域医療に関する研究会

研究体制

研究会委員

小峰 隆夫	法政大学大学院政策創造研究科教授
中川 雅之	日本大学経済学部教授
長谷川敏彦	日本医科大学医療管理学教室主任教授
山本 清	東京大学大学院教育学研究科教授

NIRA

神田 玲子	研究調査部長
伊藤由希子	客員研究員／東京学芸大学人文社会科学系経済分野准教授
辻 明子	研究調査部 リサーチフェロー
豊田 奈穂	研究調査部 ジュニアリサーチフェロー

研究報告書

<http://www.nira.or.jp/pdf/0907report.pdf>

本誌に関するご感想・ご意見をお寄せください。

E-mail : info@nira.or.jp

財団法人 総合研究開発機構
〒 150-6034 東京都渋谷区恵比寿 4-20-3
恵比寿ガーデンプレイスタワー34階
TEL:03-5448-1735 / FAX:03-5448-1744
URL : <http://www.nira.or.jp/index.html>

©総合研究開発機構 2010 2010年3月25日発行